UNIVERSIDAD ABIERTA
INTERAMERICANA

PREVALENCIA DE CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA Y/O MIGRAÑA COMO SÍNTOMA O COMORBILIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIÓN CRÁNEO-CÉRVICO-MANDIBULAR

AUTOR: Juliana García García
DIRECTOR DE CARRERA: José Alberto Grandinetti
TUTOR: Myriam Carballo

Buenos Aires, 01 de Marzo de 2022

Trabajo Final para la Obtención del Título de Odontólogo
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

Índice General

Resumen....3
Palabras Clave:....3
Abstract....4
Keywords:....4
Agradecimientos....5
Título....6
Glosario de abreviaturas....6
Introducción....7
1 Planteamiento del Problema....8
1.1 Objetivos....9
General....9
Específicos....9
1.2 Justificación....9
1.3 Alcance de la Investigación....9
1.4 Delimitación de la Investigación....9
2 Marco Teórico....10
2.1 Articulación Temporomandibular....10
2.2 Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular (DCCM)....11
2.2.1 Manifestaciones clínicas de la DCCM....11
2.3 Cefaleas....12
2.4 Cefalea Tensional Crónica....13
2.5 Migraña....14
3 Marco Metodológico....17
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación....17
3.2 Población y muestra....17
3.3 Criterios de Inclusión....17
3.4 Criterios de Exclusión....17
3.5 Técnica e instrumento de Recolección de datos....18
4 Resultados....19
5 Discusión....22
6 Conclusiones....24
7 Recomendaciones....24
Referencias Bibliográficas....25

Anexos 28

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1 Distribución por Sexo de la muestra 19
Ilustración 2 Distribución de la muestra por Grupos etarios 19
Ilustración 3 Descripción en porcentaje de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de DCCM con y sin comorbilidades asociadas, y distribución en porcentaje según si esta asociada a CTC o Migraña 20
Ilustración 4 Distribución de Migraña por sexo 20
Ilustración 5 Distribución de CTC por sexo 20
Ilustración 6 Distribución de CTC por grupos etarios 21
Ilustración 7 Distribución de Migraña por grupos etarios 21

Tabla 1 CHD-3, Clasificación Internacional de Trastornos por Cefalea (3 rd Edición, Versión Beta) (14) 12
Tabla 2 Clasificación de Grupos etarios según la OMS (17) 19
Tabla 3 Discriminación por cantidad de pacientes con CTC y Migraña, según grupos etarios, presentados de manera decreciente 21

Resumen

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de cefalea tensional crónica y migraña como síntoma o comorbilidad en pacientes con diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular (DCCM), lo cual en un futuro concederá un diagnóstico adecuado, que pueda dirigir la terapéutica de la DCCM, Cefaleas y migrañas, de una forma más acertada y eficaz, y en consecuencia ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes que las padezcan. El presente fue un estudio observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo y de corte transversal. La muestra empleada por el presente estudio está conformada por 100 Historias clínicas de pacientes, pertenecientes a la Clínica de Rehabilitación Odontológico Neuromuscular (CRONE), con Diagnóstico de DCCM, Presidente Luis Sáenz Peña 310- 6to piso, Buenos Aires-Argentina, en el período 2013-2020. La muestra estuvo representada un 80% por sexo femenino y 20% de sexo masculino. La edad media de los pacientes fue de 33,04 años, y en el grupo con comorbilidades fue de 30,69 años para CTC y de 36,7 años para migraña, en un rango de entre 7-82 años. El grupo de edad mayoritario, para ambos subgrupos, se situó entre los adultos jóvenes de 19-39 años (27%, n=27). Se refuerza la existencia de una asociación entre Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, Cefalea tensional crónica y Migraña como entidades comórbidas, al igual que en otros numerosos estudios. Los pacientes con diagnóstico de DCCM con alguna comorbilidad de las entidades valoradas en el estudio, mayoritariamente se asociara a Cefalea Tensional Crónica. La presencia de estas comorbilidades asociadas a una DCCM puede promover complicaciones en el pronóstico en estos pacientes, por lo tanto el enfoque en la terapéutica debe ser interdisciplinario.

Palabras Clave: Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, ATM, Cefalea, Migraña, Prevalencia, Comorbilidad

Abstract

The objective of this study was to determine the prevalence of chronic tension-type headache and migraine as a symptom or comorbidity in patients with a diagnosis of Cranio-Cervico-Mandibular Dysfunction (MCCD), which in the future will grant an adequate diagnosis, which can direct the treatment of MCCD, headaches and migraines, in a more accurate and effective way, and consequently help improve the quality of life of patients who suffer from them. This was an observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study. The sample used for this study is made up of 100 medical records of patients belonging to the Neuromuscular Dental Rehabilitation Clinic (CRONE), with a diagnosis of MCCD, Presidente Luis Sáenz Peña 310- 6th floor, Buenos Aires-Argentina, in the period 2013-2020. The sample was represented by 80% female and 20% male. The mean age of the patients was 33.04 years, and in the group with comorbidities it was 30.69 years for CTC and 36.7 years for migraine, in a range between 7-82 years. The majority age group, for both subgroups, was among young adults aged 19-39 years (27%, n=27). The existence of an association between Cranio-Cervico-Mandibular Dysfunction, Chronic Tension Headache and Migraine as comorbid entities is reinforced, as in numerous other studies. Patients diagnosed with MCCD with some comorbidity of the entities assessed in the study, were mostly associated with Chronic Tension Headache. The presence of these comorbidities associated with a MCCD can promote prognostic complications in these patients, therefore the therapeutic approach must be interdisciplinary.

Keywords: Cranio-Cervico-Mandibular Dysfunction, TMJ, Headache, Migraine, Prevalence, Comorbidity

Agradecimientos

Primeramente quiero agradecer a Dios, a la Virgen del Valle y la Virgen de Guadalupe por haberme dado la fortaleza para superar todos los retos que se me han presentado a lo largo de la carrera.

A mi Tutora Dra. Myriam Carballo, por haberme apoyado desde el inicio, por su dedicación a esta investigación. Gracias por su paciencia, disposición y amablidad.

A mi familia, por haberme dado apoyo incondicional y motivación para continuar luchando por mi sueño profesional, aun estando en otro país.

A mi novio Armando, por todo su apoyo, consideración y amor durante este proceso.

A mi hermana mayor, Marialejandra, quien me prestó todo su apoyo, como siempre lo ha hecho, para poder lograr homologar mi carrera y culminar mis estudios.

A mi mejor amiga y familia putativa por haberme acompañado desde Venezuela con sus oraciones, gracias.

También a la UAI, y todos sus integrantes, por abrirme las puertas y darme la oportunidad de continuar mis estudios y cumplir mi meta de ser Odontologa.

A Rappi® y Pedidos Ya® por permitirme pedalear por mi vida, estudiando y trabajando.

A todas aquellas personas que colaboraron directa o indirectamente…

¡GRACIAS!

Título

Prevalencia de Cefalea tensional crónica y/o migraña como síntoma o comorbilidad en pacientes con diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular

Glosario de abreviaturas

- ATM: Articulación Temporomandibular
- DTM: Disfunción Temporomandibular
- DCCM: Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular
- CTC: Cefalea Tensional Crónica
- ADA: Asociación Dental Americana
- CRONE: Clínica de Rehabilitación Odontológico Neuromuscular
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- IHS: International Headache Society
- CHD: Classification of Headache Disorders
- RAE: Real Academia Española

Introducción

La atención odontológica consiste en diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades bucales, a través de procedimientos y/o tratamientos realizados por profesionales de la salud, enfocados a las necesidades particulares de cada paciente.

Existen abundante cantidad de patologías que afectan la salud bucal y el sistema estomatognático, con lo cual, a la hora de establecer las posibilidades de diagnóstico y tratamientos por parte del profesional odontólogo, requiere de una demanda de concentración, estudios complementarios y conocimientos bastante amplios.

La mayoría de los odontólogos están acostumbrados a consultas por ciertas patologías de mayor frecuencia de presentación en pacientes, como lo son la caries dental y las enfermedades periodontales y las consecuencias de las mismas, principalmente, relacionadas a la presencia de dolor y problemas estéticos o funcionales.

Respecto a las patologías que pueden derivar en la presentación de dolor y molestias, de índole bucal, se encuentran las disfunciones temporomandibulares o Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular. Estos son trastornos diversos que complejizan la atención del paciente, debido a que no puede ser tratado de la misma manera que pacientes que no posean dicha disfunción.

Aunado a esto existe la posibilidad de que esta Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, se presente concomitantemente con otras patologías de origen nervioso, como lo son las cefaleas en sus diferentes clasificaciones, que salen del campo conocido o común del odontólogo, lo que por falta de información, de diagnóstico y posibles tratamientos, podría ser determinante para la existencia y perpetuación de estas patologías, sobre todo si se tratan de manera aislada.

Por lo tanto, esto hace necesario que el profesional odontólogo, establezca una atención de una forma integral y empática hacia el paciente y sus necesidades, aun cuando esto requiera la complementación con otros profesionales de la salud.

La siguiente investigación estará estructurada en cinco partes: la primera incluye el planteamiento del problema, objetivos de estudio y justificación para su ejecución. La segunda, presenta el marco teórico donde se presentan las bases teóricas. En la tercera se contempla el marco metodológico, el cual hace referencia sobre los aspectos metodológicos de la investigación y la forma como se llevó a cabo la misma. En la cuarta parte se presentan los resultados y sus análisis respectivos y, finalmente, y el quinto versa sobre las conclusiones y recomendaciones.

1 Planteamiento del Problema

Las Disfunciones Temporomandibulares (DTM) o Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular (DCCM), son la segunda causa de visita por dolor orofacial de origen no dental (1), no solo incluye la propia articulación en sí y la musculatura masticatoria, sino también patologías dentales, auditivas, musculares, entre otras. Adicionalmente puede presentarse con patologías comórbidas.

La comorbilidad según RAE (2) se define como: "Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas".

Las cefaleas, más específicamente, la migraña y la cefalea tensional crónica, a menudo coexisten con la Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular (DCCM), y su relación implica el intercambio de aspectos fisiopatológicos en común. Esta fisiopatología compartida, hace más compleja la comorbilidad de los DCCM y las cefaleas primarias, especialmente con respecto a la determinación y discriminación por etiología.

La Cefalea Tensional está causada por tensión muscular, y suele coincidir con periodos de estrés. Este dolor de cabeza, es una de las condiciones dolorosas más comunes; pues se estima que alrededor del 90% de la población general en un año sufre al menos un episodio de cefalea. (3)

La migraña por su parte es una enfermedad del sistema nervioso central, que se presenta con cefalea recurrente, en general pulsátil, acompañada por síntomas autonómicos y de aumento de la sensibilidad a estímulos (luz, sonidos, movimiento). (4)

El estudio de Tchivileva et al (5) identificó a la migraña y una mayor frecuencia de dolor de cabeza como los principales factores de riesgo para la primera aparición de DCCM. Inclusive a su vez relaciona la presencia de DCCM con una mayor frecuencia de migraña y un mayor uso de medicamentos para la misma.

Estas patología entonces representan causas principales de dolor orofacial y de cabeza, las cuales según los Índices de Salud Mundial (6) en cuanto a patologías incapacitantes considera los trastornos de dolor de cabeza como la quinta causa de discapacidad en el mundo, en personas de menos de 50 años. Su elevada prevalencia y discapacidad implica un elevado coste económico por los fármacos y la asistencia del paciente, así como el derivado del absentismo y reducción del rendimiento laboral. Además, se sabe que con la presencia de alguna de estas patologías en un paciente, puede aumentar la prevalencia de las otras.(7)

De esta manera, se hace imperativo determinar si, la cefalea tensional crónica y/o la migraña son un síntoma o comorbilidad prevalente en los pacientes con diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular.

1.1 Objetivos

General

Determinar la prevalencia de cefalea tensional crónica y migraña como síntoma o comorbilidad en pacientes con diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular

Específicos

- Identificar la tendencia de prevalencia de cefalea tensional crónica y migraña en función del sexo de la población estudiada
- Establecer la tendencia de prevalencia de cefalea tensional crónica y migraña en función de los grupos etarios de la población estudiada
- Distinguir el grupo etario con mayor presentación de casos de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular y Cefalea Tensional Crónica-Migraña

1.2 Justificación

El fin de la presente investigación es obtener datos que a futuro establezcan una estructura de información que pueda utilizarse como base para próximos estudios que sean aplicables en el contexto de la atención de pacientes con Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular y Cefaleas y/o migraña. Y de esta manera permitir un diagnóstico adecuado, que pueda dirigir la terapéutica de la Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, Cefaleas y migrañas, de una forma más acertada y eficaz, y en consecuencia ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes que las padezcan.

1.3 Alcance de la Investigación

El presente trabajo se encuentra orientado a generar información con base científica para ser utilizado en el contexto de la atención de pacientes con Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular y Cefalea Tensional Crónica y/o Migraña.

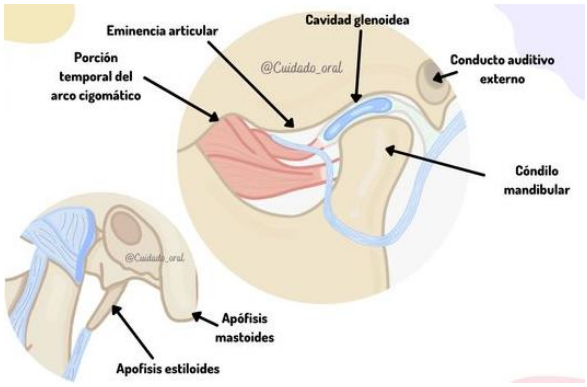
1.4 Delimitación de la Investigación

La presente investigación se encuentra orientada a identificar con que prevalencia los pacientes con diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, presentan Cefaleas tensionales y/o migrañas como síntoma o comorbilidad de la patología pre-existente, tomando como objeto de estudio historias clínicas de pacientes, pertenecientes a la Clínica de Rehabilitación Odontológico Neuromuscular (CRONE), con Diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, ubicada en Calle Presidente Luis Sáenz Peña 310- 6to piso, Buenos Aires-Argentina, atendidos en el período 2013-2020; pudiendo en el futuro continuar con líneas de investigación que deriven de la investigación inicial.

2 Marco Teórico

2.1 Articulación Temporomandibular

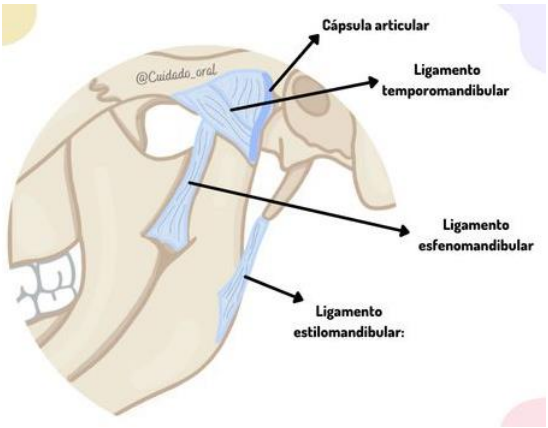
La articulación Temporomandibular (ATM) es la unión móvil entre el hueso temporal y la mandíbula, esta se compone por el cóndilo mandibular, el disco articular, la eminencia articular o cóndilo del temporal y la cavidad glenoidea o fosa articular del hueso temporal. Se clasifica como una articulación ginglimoartrodial por la amplia gama de movimientos que admite realizar. Y también como articulación sinovial, debido al líquido sinovial que posee, el cual actúa como medio para el aporte de las necesidades metabólicas de los tejidos y lubricante entre las superficies articulares durante su función. (8)

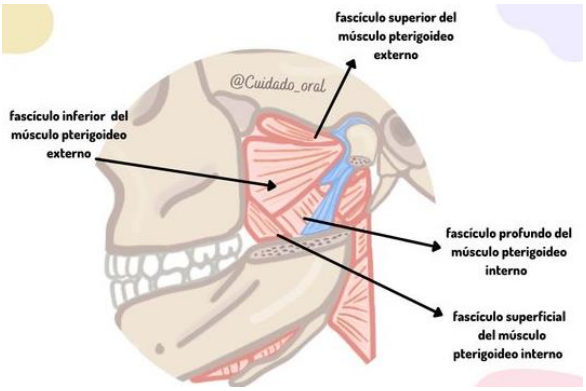


Además de las superficies articulares, para cumplir con la funcionalidad, la ATM, se vale de otros componentes de tipo ligamentoso y muscular para llevar a cabo los movimientos que son necesarios para masticar, deglutir y comunicarse.

Los ligamentos son estructuras que participan pasivamente en las funciones de la articulación, limitando los movimientos articulares de manera protectora. Los ligamentos que forman parte de la ATM son: (9)

1) Ligamentos intracapsulares
    a. Disco-condilar
    b. Disco-temporal
2) Ligamentos extracapsulares
    a. Ligamento Temporomandibular
    b. Lateral Interno
    c. Ligamento Bilaminar posterior
3) Ligamentos accesorios:
    a. Esfenomandibular
    b. Estilomandibular
    c. Pterigomandibular





Los músculos principales de la masticación son los maseteros, temporales y pterigoideos mediales y laterales; y en cuanto a la deglución se agrega la participación de los músculos digástricos y supra e infra hioideos (8).

Una alteración de diversos factores relacionados con el funcionamiento de la ATM, como los referentes a factores dentarios u oclusales, tales como: la ausencia dental, la abrasión, los contactos prematuros, parafunciones, mordida cruzada unilateral y asimetrías dentoesqueléticas pueden derivar en disfunciones o trastornos en la articulación temporomandibular.

La Asociación Dental Americana (ADA) ha adoptado el término de trastornos temporomandibulares para determinar a un grupo heterogéneo de condiciones clínicas caracterizadas por dolor y disfunción del sistema masticatorio (9). Sin embargo, este término ha evolucionado con el paso del tiempo y se conocen también como La Disfunción o Desorden Temporomandibular el cual hace referencia al número variable de alteraciones clínicas que involucran a la musculatura masticatoria, las ATM y sus estructuras asociadas.(10)

2.2 Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular (DCCM)

Las Disfunciones Temporomandibulares (DTM) son una serie de trastornos, que, no solo incluye la propia articulación en sí y la musculatura masticatoria, sino también incluye patologías dentales, auditivas, músculos de cuello y espalda. Por su amplitud de afecciones que se le pueden relacionar o atribuir, la Prof. Dra. Carballo M (11) lo describe como “Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular a una condición crónica que afecta la forma y función del Sistema neuromuscular, Sistema Articular, Sistema Dentario y Sistema Postural, es de etiología Multifactorial y puede ser influenciada y precipitada desde otras Comorbilidades que se expresan en el mismo tiempo y espacio”. Estos trastornos se consideran la segunda causa de visita por dolor orofacial de origen no dental (1).

2.2.1 Manifestaciones clínicas de la DCCM

Las manifestaciones clínicas de la DCCM son muy variadas y sus signos y síntomas más frecuentes son: el dolor de los músculos de la masticación, el dolor en la articulación temporomandibular (ATM), de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, la limitación en la función mandibular y los ruidos articulares en la ATM. Corsini et al (11) describen una lista de signos y síntomas asociados a DCCMP:

- Alteraciones de la apertura bucal
- Problemas en la masticación

- Ruido articular: tipo chasquido o crepitación
- Rigidez y/o tensión mandibular
- Dolor en la zona auricular/ ATM / Cervical
- Dolor de cabeza, nuca y sien
- Cambios en la oclusión
- Sensibilidad a la palpación de músculos
- Desviación mandibular
- Sensibilidad a la palpación de la ATM
- Cefaleas y/o cervicalgias

Es posible tener más de uno de estos trastornos al mismo tiempo. Además, también se puede tener otros problemas de salud al mismo tiempo que los trastornos de la ATM. Las cefaleas, a menudo coexisten con la DCCM, y su relación implica el que puede aumentar la frecuencia e intensidad en la presentación de episodios de dolor de los pacientes que las padezcan. (13)

2.3 Cefaleas

La cefalea es un síntoma que hace referencia a cualquier tipo de dolor localizado en la cabeza. Las cefaleas primarias se diagnostican en base a los criterios recogidos en la clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas (International Headache Society). (14)

Tabla 1 CHD-3, Clasificación Internacional de Trastornos por Cefalea (3 rd Edición, Versión Beta) (14)

Parte Uno: Las cefaleas Primarias
1.Migraña 2.Cefalea tipo tensión 3.Cefalalgia trigémino autonómica 4.Otros trastornos por cefalea primaria
Parte Dos: Las Cefaleas Secundarias
5.Cefalea atribuida a trauma o lesión a la cabeza y/o cuello 6.Cefalea atribuida a trastorno craneal o vascular cervical 7.Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no-vascular 8.Cefalea atribuida a una sustancia o su retiro 9.Cefalea atribuida a infección 10.Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis 11.Cefalea o dolor facial atribuidos a un trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca, u otra estructura facial o cervical 12.Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico
Parte Tres: Neuropatías craneales dolorosas, Otros Dolores Faciales y Otras Cefaleas
13.Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales 14.Otros trastornos por cefaleas

Clasificación de Cefaleas Primarias (14)

1. Migraña
2. Cefalea tensional
3. Cefaleas autonómicas del trigémino
4. Otros trastornos de cefalea primaria

La más frecuente es la cefalea de tensión o tensional, pero es la migraña la que motiva mayor número de consultas al neurólogo.

2.4 Cefalea Tensional Crónica

La Cefalea Tensional está causada por tensión muscular, y suele coincidir con periodos de estrés. Este tipo de cefalea se manifiesta como una tensión o presión constante, a modo de casco, en ambos lados de la cabeza con predominio en la frente y la nuca. En muchos casos, la palpación de los músculos afectados puede provocar dolor. La intensidad del dolor en las cefaleas tensionales suele ser más leve y son menos incapacitantes si se compara con la cefalea de la migraña.

La cefalea tensional crónica (CTC) se origina cuando el dolor no solo aparece durante el transcurso del día y es más intenso por las tardes, sino que está presente todo el día e inclusive durante varios días.

Criterios de diagnóstico: (14)

A. Cefalea que ocurre en promedio 15 días/mes durante >3 meses (180 días/año), cumpliendo los criterios b-d
B. Duración de horas a días, o incesante
C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:
    1) Localización bilateral
    2) Calidad de presión o apriete (no pulsante)
    3) Intensidad leve o moderada
D. No agravado por la actividad física rutinaria, como caminar o subir escaleras
E. Ambos de los siguientes:
    a. No más de uno de fotofobia, fonofobia o náuseas leves
    b. Ni náuseas moderadas o severas ni vómitos
F. No se explica mejor por otra ICDH-3 diagnóstico.

La interacción entre Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular y cefalea tensional crónica es producto del sistema masticatorio disfuncional, que trae como consecuencia una hiperactividad muscular crónica, lo cual genera un desequilibrio en los grupos musculares, produciendo cambios patológicos que promueven la aparición de los episodios de cefalea tensional. (15)

2.5 Migraña

En cuanto a la Migraña, es un tipo de cefalea caracterizado por episodios repetidos o recurrentes de dolor de cabeza de moderado a intenso. El dolor, generalmente, es unilateral (hemicraneal) y pulsátil, puede ir acompañada de sensibilidad visual, auditiva y al movimiento, y a menudo con náuseas y/o vómitos. Puede ser desencadenada por múltiples factores como: periodos de estrés, alteración del ritmo de sueño, cambios hormonales, los cambios climáticos, el ayuno, entre otros (13).

La migraña se divide en dos subtipos principales: (13)

1) Migraña Sin Aura: caracterizada por episodios de cefalea recurrente de 4 a 72 horas de duración. El dolor debe cumplir, los criterios de: localización unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada o grave, y empeoramiento con la actividad física, además debe asociarse con, al menos, uno de estos tipos de síntomas acompañantes: náuseas y/o vómitos, y fotofobia y fonofobia

Criterios de diagnóstico (14):

A. Al menos cinco ataques1 que cumplen los criterios b–d
B. Ataques de cefalea que duran de 4 a 72 horas (cuando no tratada o tratada sin éxito)
C. El dolor de cabeza tiene al menos dos de las siguientes características:
    1. Ubicación unilateral
    2. Calidad palpitante
    3. Intensidad del dolor moderada o severa
D. Agravación que causa la evitación de la actividad física de rutina (por ejemplo, caminar o subir escalera)
E. Durante el dolor de cabeza al menos uno de los siguientes:
    1. Náuseas y/o vómitos
    2. Fotofobia y fonofobia
F. No se explica mejor por otra ichd-3 diagnóstico

2) Migraña con Aura: caracterizada por la aparición de signos o síntomas transitorios de disfunción neurológica focal (visuales, sensitivos, motores o del lenguaje), que se instauran de forma progresiva y que normalmente preceden al dolor de cabeza.

Criterios de diagnóstico (14):

A. Al menos dos ataques que cumplan los criterios b y c
B. Una o más de las siguientes auras completamente reversibles síntomas:

1. Visuales
2. Sensorial
3. Habla y/o lenguaje
4. Motor
5. Tronco encefálico
6. Retina

C. Al menos tres de las siguientes seis características:
   a. Al menos un síntoma de aura se propaga gradualmente más de 5 minutos
   b. Dos o más síntomas de aura ocurren en sucesión

D. Cada síntoma de aura individual dura de 5 a 60 minutos
   a. Al menos un síntoma de aura es unilateral
   b. Al menos un síntoma de aura es positivo
   c. El aura es acompañada, o seguida dentro 60 minutos, por dolor de cabeza

E. No se explica mejor por otro ichd-3 diagnóstico.

Se sugieren tres hipótesis para explicar la relación entre la migraña y la DCCM. En primer lugar, los mecanismos de sensibilización periférica y central activados en la migraña pueden disminuir el umbral de dolor en el área Temporomandibular y provocar dolor en esta región, sin que previamente exista DCCM. En segundo lugar, la activación de los mecanismos de sensibilización central podría facilitar la aparición de ambos síndromes dolorosos al mismo tiempo. Por último, las DCCM y la migraña pueden perpetuarse y agravarse de forma recíproca, de modo que las personas con migraña pueden ver empeoradas sus cefaleas por la coexistencia de DCCM, y viceversa.

Estas enfermedades están relacionadas con el sistema nociceptivo común. Las neuronas preliminares involucradas en la migraña están relacionadas con la primera rama del nervio trigémino y con el complejo trigémino cervical, y los implicados en DCCM están vinculados a las neuronas de las terceras ramas del nervio trigémino. Esta información nociceptiva converge hacia el núcleo caudal del nervio trigémino, y desde allí, las vías del dolor de cabeza y la DCCM comparten vías centrales específicas involucradas en la modulación del dolor incluido el sistema límbico, los núcleos del tronco encefálico, la corteza sensitiva y el tálamo. Las neuronas en el Núcleo Caudal del Trigémino combinan la entrada nociceptiva de los tejidos intracraneales y extracraneales y reciben estímulos supraespinales facilitadores e inhibidores. Las neuronas que integran todas estas entradas, transmiten los resultados netos al tálamo y luego a la corteza. A través de este punto de convergencia, la migraña y la Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular pueden influirse mutuamente. (16)

Estas patología entonces representan causas principales de dolor orofacial y de cabeza, las cuales según los Índices de Salud Mundial (6) en cuanto a patologías incapacitantes considera los trastornos de dolor de cabeza como la quinta causa de discapacidad en el mundo, en personas de menos de 50 años. Su elevada prevalencia y discapacidad

implica un elevado coste económico por los fármacos y la asistencia del paciente, así como el derivado del absentismo y reducción del rendimiento laboral.

Por lo tanto un diagnóstico adecuado de las manifestaciones clínicas y sus respectivas patologías concomitantes pueden dirigir el tratamiento de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, Cefaleas y migrañas de una manera más acertada y eficaz, y en consecuencia ayudar a reducir la presentación de episodios dolorosos que afecten la calidad de vida de los pacientes.

3 Marco Metodológico

3.1 Tipo y Diseño de la Investigación

El presente fue un estudio observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo y de corte transversal. La muestra empleada por el presente estudio está conformada por 100 Historias clínicas de pacientes, pertenecientes a la Clínica de Rehabilitación Odontológico Neuromuscular (CRONE), con Diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, Presidente Luis Sáenz Peña 310- 6to piso, Buenos Aires-Argentina, en el período 2013-2020, realizado por profesionales calibrados y entrenados para ello.

3.2 Población y muestra

La población en estudio presenta diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, realizado por profesionales calibrados y entrenados para dicha labor, en la Clínica de Rehabilitación Odontológico Neuromuscular (CRONE), ubicada en Calle Presidente Luis Sáenz Peña 310- 6to piso, Buenos Aires-Argentina, atendidos en el período 2013-2020.

La muestra del estudio es no probabilística, seleccionada a conveniencia, y formada por 100 Historias clínicas de pacientes, pertenecientes a la Clínica de Rehabilitación Odontológico Neuromuscular (CRONE), con Diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, ubicada en Calle Presidente Luis Sáenz Peña 310- 6to piso, Buenos Aires-Argentina, atendidos en el período 2013-2020.

La muestra de estudio fue significativa y cumplió con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

3.3 Criterios de Inclusión

1. Sexo femenino y masculino
2. Edades comprendidas entre 7 a 82 años
3. Datos de historias clínicas la Clínica de Rehabilitación Odontológico Neuromuscular (CRONE), con Diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular
4. Historias clínicas de pacientes atendidos en el período 2013-2020 con Diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular
5. Historias clínicas completas o con datos completos

3.4 Criterios de Exclusión

1. Datos de historias clínicas la Clínica de Rehabilitación Odontológico Neuromuscular (CRONE), de pacientes sin Diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular
2. Historias clínicas de un período distinto al rango de tiempo establecido
3. Historias clínicas no completas o con omisiones de datos

3.5 Técnica e instrumento de Recolección de datos

Para la recolección de datos se tomaron 100 historias clínicas de pacientes con Diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, pertenecientes a Clínica de Rehabilitación Odontológico Neuromuscular (CRONE), Presidente Luis Sáenz Peña 310-6to piso, Buenos Aires-Argentina, en el período 2013-2020,

El diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, Cefalea tensional crónica y/o migraña fue realizado por la Tutora del estudio: Dra. Myriam Carballo. La recolección de datos y su respectivo análisis fueron realizados por la alumna a cargo de la investigación.

Con la obtención de datos se elaboró una matriz, por parte de la investigadora, donde contuvo los siguientes ítems del llenado de datos:

- Datos socio-demográficos: sexo, edad
- Diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular
- Diagnóstico de Cefalea tensional crónica
- Diagnóstico de Migraña

La digitación y graficación de la información se realizó en una matriz de datos de Microsoft Excel® versión 2010 para Windows®.

4 Resultados

La matriz de datos arrojo una muestra de 100 historias clínicas de pacientes con Diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular que fueron incluidas en el estudio, y divididas en grupos con DCCM sin presencia de las comorbilidades a estudiar, Cefalea tensional crónica y migraña y otro de DCCM con comorbilidades, y a su vez este último asociado a dos subgrupos de Cefalea Tensional Crónica y Migraña.

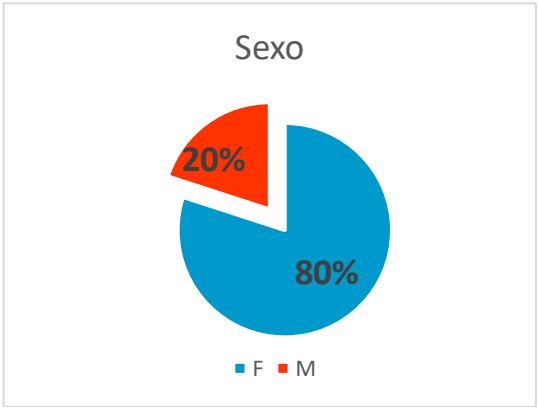


Ilustración 1 Distribución por Sexo de la muestra

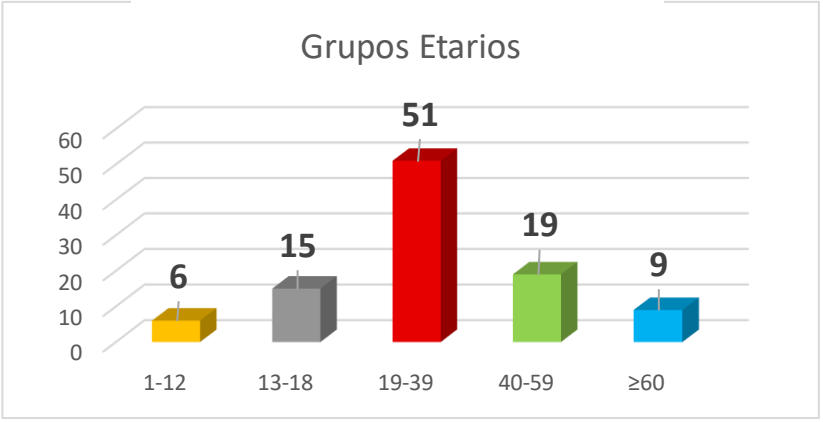


Ilustración 2 Distribución de la muestra por Grupos etarios

En la muestra del estudio n=100, el 80% fue de sexo Femenino y el 20% de sexo Masculino, y en la distribución respecto a Grupos etarios, clasificados según la OMS (17), se observa que el rango de edades de mayor presencia en la muestra es de 19 a 39 años de edad (n=51), es decir, los adultos jóvenes, y el menor es de 7 a 12 años de edad (n=6), los niños.

Tabla 2 Clasificación de Grupos etarios según la OMS (17)

Grupos Etarios	
Niños	7-12 años
Jóvenes	13-18 años
Adultos jóvenes	19-39 años
Adultos maduros	40-59 años
Adultos mayores	>60 años

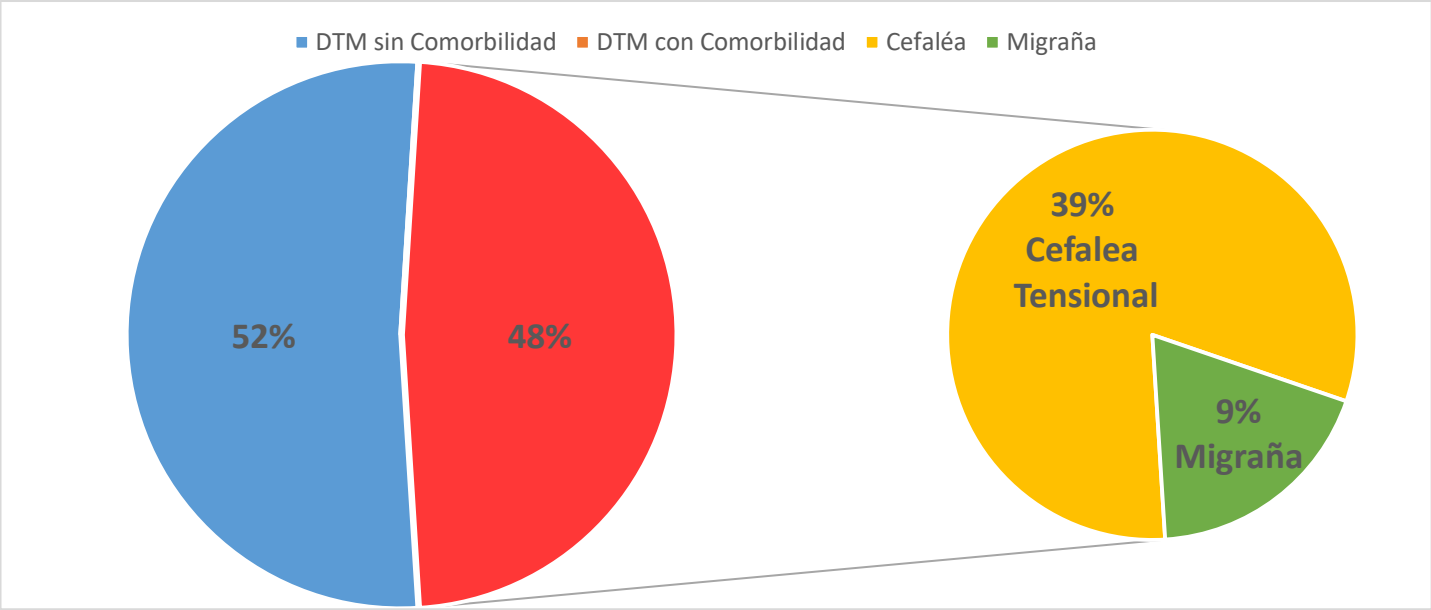


Ilustración 3 Descripción en porcentaje de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de DCCM con y sin comorbilidades asociadas, y distribución en porcentaje según si esta asociada a CTC o Migraña

La muestra estuvo conformado por 100 pacientes con diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, dentro de los cuales un grupo del 48% presentó patologías comórbidas asociadas, donde un 39% de los casos corresponde a Cefalea Tensional Crónica y un 9% a Migraña, y otro grupo de 52% no presentó ninguna comorbilidad de las estudiadas en esta investigación.

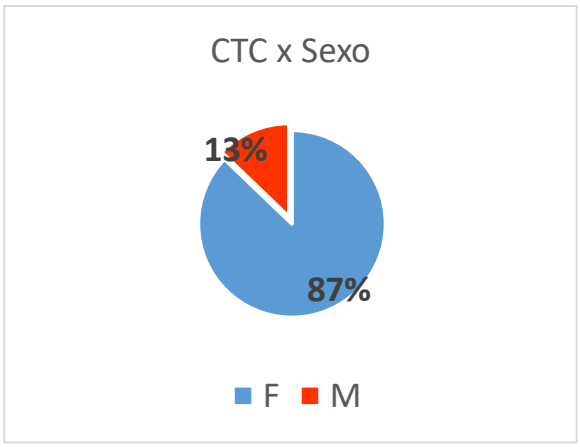


Ilustración 5 Distribución de CTC por sexo

Del total de historias clínicas con DCCM con comorbilidad n=48, 39 son correspondientes a Cefalea Tensional Crónica, y del total de pacientes con Cefalea como comorbilidad, un 87% (n=34) pertenece a individuos de sexo Femenino y el 13% (n=5) al sexo masculino.

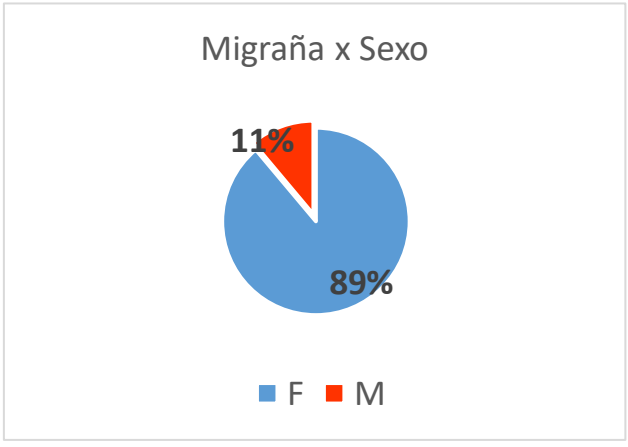


Ilustración 4 Distribución de Migraña por sexo

Respecto a la totalidad de historias de pacientes con Migraña como Comorbilidad n=9, el 89% (n=8) corresponde a individuos de sexo femenino y el 11% (n=1) corresponde a sexo masculino

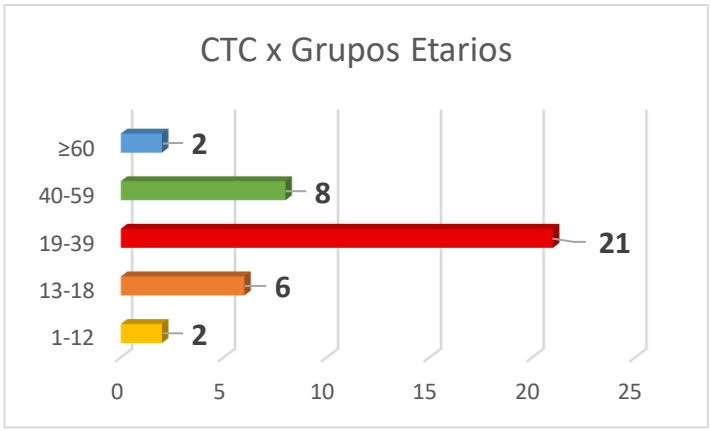


Ilustración 6 Distribución de CTC por grupos etarios

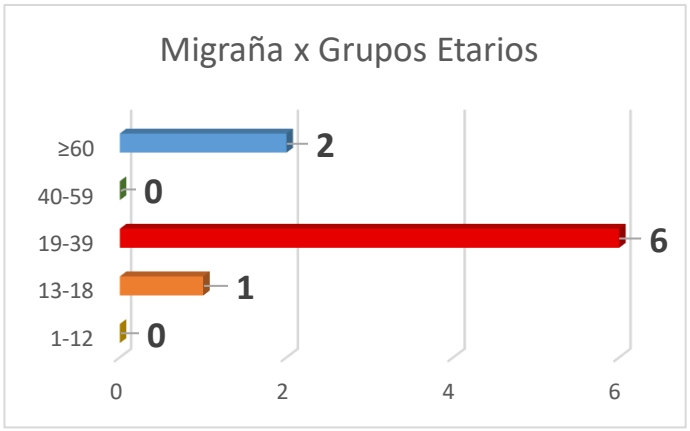


Ilustración 7 Distribución de Migraña por grupos etarios

La edad media de los pacientes fue de 33,04 años, y en el grupo con comorbilidades fue de 30,69 años para CTC y de 36,7 años para migraña, en un rango de entre 7-82 años. El grupo de edad mayoritario, para ambos subgrupos, se situó entre los adultos jóvenes de 19-39 años (27%, n=27).

Tabla 3 Discriminación por cantidad de pacientes con CTC y Migraña, según grupos etarios, presentados de manera decreciente

Grupos Etarios	**Cefalea**	**Migraña**
19-39 años	21	6
40-59 años	8	0
13-18 años	6	1
≥60 años	2	2
7-12 años	2	0

5 Discusión

A través de la presente investigación se refuerza la existencia de una asociación entre Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, Cefalea tensional crónica y Migraña como entidades comórbidas, al igual que en otros numerosos estudios (13, 15, 18, 19, 20, 21,23).

La mayor cantidad de estudios existentes consideran a Cefalea tensional crónica y migraña por separado, en sus asociaciones respecto a la Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular. Sin embargo, según Menaya (19), realiza una observación de ambas entidades donde afirma que la migraña tiene una comorbilidad importante respecto a las Disfunciones Temporomandibulares, y adicionalmente que por las características clínicas de la cefalea tensional crónica se dificulta la distinción entre ambos síndromes (DCCM y Cefalea)(19). Como acotación existen inclusive las guías de criterios diagnósticos aplicables en DCCM, como lo es la DC/TMD, el cual es un índice completo que permite la identificación de los pacientes con una variedad de presentaciones de trastornos temporomandibulares con un rango de simple a complejo (18) e incluye como síntoma, una Cefalea ocasionada por DCCM (22). Con lo cual, a través de este estudio se podría inferir que la Cefalea tensional crónica podría ser un síntoma más de la DCCM.

El presente estudio relacionó ambos síndromes: Cefalea tensional crónica y Migraña como variables, para determinar su prevalencia como comorbilidades de la Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, con lo cual se pudo establecer a través de los resultados, que existe una mayor predominancia de CTC (81,25%) sobre la Migraña (18,75%), de la muestra evaluada y del total de las historias clínicas de pacientes DCCM con comorbilidades (48%, n=39).

Múltiples estudios coinciden en señalar que la DCCM constituye una entidad caracterizada por presentarse con mayor frecuencia en la población de sexo femenino (1, 18, 20, 21,23), y adicionalmente los síndromes de CTC y migraña tienen igualmente mayor prevalencia en mujeres (24,25). Respaldando los resultados obtenidos en el estudio, donde la proporción, respecto al sexo masculino es de 4:1, respectivamente.

En referencia a las características etarias, la edad media de los pacientes, en el total de la muestra, fue de 33,04 años, señalando que la mayoría de los casos se situaron entre los 19-39 años (n=27), coincidiendo con Manfredini et. al (26) que enmarca su mayoría de casos entre los 20 y los 40 años de edad y con Di Paolo et. al (3) donde el grupo de edad predominante fue de 30-40 años, en pacientes con DCCM y Cefalea.

Existen teorías que intentan explicar la asociación de DCCM con CTC y Migraña, sin embargo, no hay certeza aún. Algunos de las teorías hablan de múltiples factores que se relacionan con complejos mecanismos de sensibilización central, mecanismos de inhibición, participación del sistema trigeminal, origen muscular, patología funcional traumática, maloclusiones y hábitos parafuncionales e incluso factores psicológicos, que

interactúan en el desarrollo, cronificación y relación del dolor crónico de la DCCM con las entidades comórbidas.(19, 21)

La presencia de las comorbilidades asociadas a una DCCM contribuye a peor situación clínica y funcional en estos pacientes, especialmente en cuanto desarrollo y percepción del dolor crónico. (23)

Tras el análisis de los datos en el conjunto de la muestra estudiada, se destacan aspectos que se pueden correlacionar entre sí: en primer lugar la presencia de comorbilidades en pacientes con DCCM con predominio de Cefalea tensional crónica, por sobre la Migraña, por otro lado que este grupo de pacientes con comorbilidades presentaron una predominancia del sexo femenino y de edades entre 19-39 años.

Como principales limitaciones del trabajo se destaca que al ser seleccionado a conveniencia es posible que no se represente el perfil promedio de los pacientes diagnosticados de una DCCM que presentan CTC y migraña como comorbilidades. Por otro lado, se ha realizado únicamente un estudio descriptivo de las comorbilidades en conjunto y no desde un punto de vista más analítico e individualizando a cada una de ellas, y únicamente se han recogido aspectos relacionados con datos clínicos iniciales.

6 Conclusiones

1. Se observa una asociación mayor de Cefalea Tensional Crónica como síntoma y/o comorbilidad en los pacientes con Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, y en menor porcentaje con migraña
2. La presencia de estas comorbilidades asociadas a una DCCM puede promover complicaciones en el pronóstico en estos pacientes.
3. El enfoque de los tratamientos de los pacientes con DCCM con comorbilidades, debe ser desde un punto de vista más integral, a través de un equipo interdisciplinario para una terapéutica más adecuada y una evolución más eficaz del proceso patológico tratado.

7 Recomendaciones

- Ampliar las investigaciones respecto a la etiología de las comorbilidades asociadas a la Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular, para mejorar a su vez las posibilidades de terapéutica de estos síndromes asociados
- Complementar en los estudios universitarios sobre entidades concomitantes o asociadas a las enfermedades de salud bucal, sobre todo relacionadas a la Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular

Referencias Bibliográficas

1. Muñoz A. Prevalencia de migrañas en personas con Desórdenes Temporomandibulares. Una revisión sistemática. Escuela Universitaria Gimbernat Cantabria; 2016.

2. Real Academia Española. Comorbilidad. RAE; 2014.

3. Di Paolo C, D'Urso A, Papi P, Di Sabato F, Rosella D, Pompa G, Polimeni A. Temporomandibular Disorders and Headache: A Retrospective Analysis of 1198 Patients. Pain Res Manag . 2017. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1155/2017/3203027

4. Buonanottea C, Buonanotteb M. Migraña. Neurología Argent. 2012;5(2):94–100.

5. Tchivileva IE, Ohrbach R, Fillingim RB, Lin FC, Lim PF, Arbes SJ Jr, Slade GD. Clinical, psychological, and sensory characteristics associated with headache attributed to temporomandibular disorder in people with chronic myogenous temporomandibular disorder and primary headaches. J Headache Pain. 2021 May 22;22(1):42. doi: 10.1186/s10194-021-01255-1.

6. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020; 396: 1204–22.

7. Speciali J, Dach F. Temporomandibular Dysfunction and Headache Disorder. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2015;55:72–83

8. Okeson J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 7ma Edición, España. Elsevier; 2013.

9. Okeson J, Brace H. Tratamiento de la oclusión y las afecciones temporomandibulares. 4ta Edición, España. Elsevier; 1999.

10. Sosa G. Detección Precoz de los Desórdenes Temporomandibulares. Amolca; 2006

11. Carballo M. Concepto de Disfunción Cráneo-Cérvico-Mandibular - Guía de Asignatura ATM. 2020

12. Corsini G, Fuentes R, Bustos L, Borie E, Navarrete A, Navarrete D et al. Determinación de los Signos y Síntomas de los Trastornos Temporomandibulares, en Estudiantes de 13 a 18 Años de un Colegio de la Comuna de Temuco, Chile. Int. J. Morphol. [Internet]. 2005; 23(4): 345-352.

13. Torrijos G. Comorbilidad de la migraña episódica y crónica y los trastornos temporomandibulares [Ph D]. Universidad Complutense de Madrid; 2019.

14. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018 ;38(1):1(210). doi: 10.1177/0333102417738202.

15. Özkan N, Özkan F. The relationship of temporomandibular disorders with headaches: a retrospective analysis. The journal of the Turkish Society of Algology. 2011, Ene;(23):13–17.

16. Byun S, Min C, Yoo D, Yang B, Choi H. Increased Risk of Migraine in Patients with Temporomandibular Disorder: A Longitudinal Follow-Up Study Using a National Health Screening Cohort. Diagnostics. 2020; 10 (9):724.

17. Organización Mundial de la Salud. (2016). Monitoring health for the SDGs. Francia: OMS

18. Pardavé MH. Asociación de cefalea tensional con disfunción temporomandibular según el índice de criterios diagnósticos para trastornos temporomandibulares (DC/TMD) [Internet]. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4751/Huapaya_pm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Menaya BMC. Cefaleas y Desórdenes Temporomandibulares [Internet]. Sevilla, España. Universidad de Sevilla; 2020. Disponible en: https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/105678/Cefaleas%20y%20des%c3%b3rdenes%20temporomandibulares.pdf?sequence=1&isAllowed=y

20. Florencio LL, de Oliveira AS, Carvalho GF, Dach F, Bigal ME, Fernández-de-Las-Peñas C, Bevilaqua-Grossi D. Association Between Severity of Temporomandibular Disorders and the Frequency of Headache Attacks in Women With Migraine: A Cross-Sectional Study. J Manipulative Physiol Ther. 2017;40(4):250–4.

21. Felipe Enrique Lozano Castro MDCHP. Asociación de cefalea de tipo tensional con disfunción temporomandibular según el índice DC/TMD. Revista Estomatológica Herediana. 2017;26(4):229.

22. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, List T et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. J Oral Facial Pain Headache. 2014;28(1):6–27.

23. Fernández M, Fernández J, Gaspar A, Costas A, López A, López P et al . Estudio descriptivo de las principales comorbilidades asociadas al dolor crónico en pacientes intervenidos mediante artroscopia de disfunción temporomandibular. Rev Esp Cirug

Oral y Maxilofac [Internet]. 2021. 43(1): 4-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582021000100004&lng=es.

24. Da Silva Junior AA, Brandao KV, Faleiros BE, Tavares RM, Lara RP, Januzzi E et al. Temporomandibular disorders are an important comorbidity of migraine and may be clinically difficult to distinguish them from tension-type headache. Arq Neuropsiquiatr. 2014; 72(2): 99-103.

25. Plesh O, Adams SH, Gansky SA. Self-Reported Comorbid Pains in Severe Headaches or Migraines in a US National Sample. National Institutes of Health. 2012; 52(6): 946-945.

26. Manfredini D., Guarda-Nardini L., Winocur E., Piccotti F., Ahlberg J., Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis i epidemiologic findings. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology.2011;112(4):453–462. doi:10.1016/j.tripleo.2011.04.021.

27. Graff-Radford SB, Abbott JJ. Temporomandibular Disorders and Headache. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2016;28(3):335-349. doi:10.1016/j.coms.2016.03.004

28. Svensson P. Muscle pain in the head: overlap between temporomandibular disorders and tension-type headaches. Current Opinion in Neurology. 2007; 20(3):320(5) doi: 10.1097/WCO.0b013e328136c1f9

29. Evans R, Bassiur, J, Schwartz A. Bruxism, Temporomandibular Dysfunction, Tension-Type Headache, and Migraine. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2011; 51: 1169(3). https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2011.01948.

Anexos

Prevalencia de Cefalea Tensional Crónica y/o Migraña como síntoma o comorbilidad en pacientes con diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cervico-Mandibulo-Postural
Clínica de Rehabilitación Odontológico Neuromuscular (CRONE), con Diagnóstico de Disfunción Cráneo-Cervico-Mandibulo-Postural
Presidente Luis Sáenz Peña 310- 6to piso, Buenos Aires-Argentina, en el período 2013-2020

					Comorbilidad	
N°	Nombre	Sexo	Edad	Diagnóstico de DTM	Cefalea Tensional Crónica	Migraña
1	LI	F	7	POSITIVO	S	N
2	CI	F	9	POSITIVO	N	N
3	NV	F	10	POSITIVO	N	N
4	LL	F	12	POSITIVO	S	N
5	LM	F	12	POSITIVO	N	S
6	LM	F	12	POSITIVO	N	N
7	MM	M	13	POSITIVO	N	N
8	MJ	M	13	POSITIVO	N	N
9	ML	F	13	POSITIVO	S	N
10	MC	F	13	POSITIVO	N	N
11	MM	F	14	POSITIVO	S	N
12	MG	F	16	POSITIVO	S	N
13	MR	F	17	POSITIVO	S	N
14	MI	M	17	POSITIVO	N	N
15	MA	F	17	POSITIVO	N	N
16	OM	F	17	POSITIVO	S	N
17	PA	F	18	POSITIVO	N	N
18	PN	F	18	POSITIVO	N	N
19	PM	M	18	POSITIVO	N	N
20	PL	M	18	POSITIVO	N	N
21	QA	M	18	POSITIVO	S	N
22	RM	M	20	POSITIVO	N	S
23	RR	F	21	POSITIVO	S	N
24	RM	F	22	POSITIVO	N	N
25	RL	F	22	POSITIVO	N	S
26	RN	F	22	POSITIVO	N	N
27	RR	M	22	POSITIVO	N	N
28	RP	F	22	POSITIVO	N	N
29	SJ	F	22	POSITIVO	N	S
30	SV	F	23	POSITIVO	S	N
31	SF	M	23	POSITIVO	N	N
32	VL	M	23	POSITIVO	S	N
33	VM	M	24	POSITIVO	N	N
34	VI	F	24	POSITIVO	N	N
35	VC	F	24	POSITIVO	S	N
36	VR	F	25	POSITIVO	N	N
37	AM	F	25	POSITIVO	N	N
38	AD	F	26	POSITIVO	S	N
39	AM	F	26	POSITIVO	N	N
40	AC	F	26	POSITIVO	S	N
41	AC	F	26	POSITIVO	N	N
42	AA	F	26	POSITIVO	S	N
43	BM	F	27	POSITIVO	N	N
44	BE	F	27	POSITIVO	N	N
45	AE	F	27	POSITIVO	S	N
46	BC	F	27	POSITIVO	N	N
47	BE	F	27	POSITIVO	N	N
48	BG	F	27	POSITIVO	S	N
49	BC	F	28	POSITIVO	S	N
50	BU	F	28	POSITIVO	S	N
51	BV	F	29	POSITIVO	N	N
52	BP	M	29	POSITIVO	S	N
53	BR	M	30	POSITIVO	N	N
54	CM	F	30	POSITIVO	S	N
55	CM	F	30	POSITIVO	S	N
56	CJ	F	31	POSITIVO	S	N
57	CJ	F	33	POSITIVO	N	N
58	CM	F	33	POSITIVO	S	N
59	CD	F	35	POSITIVO	N	N
60	CM	F	35	POSITIVO	N	N
61	CD	F	36	POSITIVO	N	S
62	CR	F	36	POSITIVO	N	N
63	DA	F	36	POSITIVO	N	N
64	DA	F	37	POSITIVO	N	N
65	DA	F	37	POSITIVO	N	N
66	DV	F	37	POSITIVO	S	N
67	DP	F	38	POSITIVO	S	N
68	EM	F	38	POSITIVO	N	N
69	FR	F	38	POSITIVO	N	S
70	FG	F	38	POSITIVO	N	N
71	FJ	F	39	POSITIVO	S	N
72	FC	F	39	POSITIVO	S	N
73	FR	F	40	POSITIVO	N	N
74	GL	F	41	POSITIVO	N	S
75	GF	M	41	POSITIVO	N	N
76	GA	M	42	POSITIVO	N	N
77	GF	M	43	POSITIVO	N	N
78	CC	F	44	POSITIVO	S	N
79	GA	F	44	POSITIVO	N	N
80	BG	F	45	POSITIVO	S	N
81	BM	F	47	POSITIVO	S	N
82	MP	F	47	POSITIVO	S	N
83	RL	F	47	POSITIVO	N	S
84	SP	M	49	POSITIVO	N	N
85	PF	F	50	POSITIVO	N	N
86	MB	F	53	POSITIVO	N	N
87	MT	M	55	POSITIVO	N	N
88	MR	F	56	POSITIVO	N	N
89	GC	F	57	POSITIVO	N	S
90	GA	F	58	POSITIVO	S	N
91	FS	F	58	POSITIVO	S	N
92	FE	M	60	POSITIVO	S	N
93	DM	F	61	POSITIVO	S	N
94	CE	F	62	POSITIVO	N	N